

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 123

*Travail de la Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
de l'Antiquaille*

DE
L'HYDROA VACCINIFORME
DE BAZIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard ROUSSIGNOL

Né à Sainte-Anne (Martinique), le 25 novembre 1888.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1912

DE L'HYDROA VACCINIFORME DE BAZIN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 123

*Travail de la Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
de l'Antiquaille*

DE
L'HYDROA VACCINIFORME
DE BAZIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard ROUSSIGNOL

Né à Sainte-Anne (Martinique), le 25 novembre 1888.



TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		LESIEUR.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.).
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL.	agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
REGAUD.	VORON.	CADE.
COMMANDEUR.	NOGIER.	MOURIQUAND.
GAYET.	LATARJET.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE.	BRETIN.	GUILLEMARD.
PATEL.	LERICHE.	PIERY, Ch.
Et. MARTIN.	THEVENOT.	SAVY, Ch.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président*; ROQUE, *Assesseur*;
MM. CADE et MOURIQUAND, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Au dévouement de qui je dois tout, je
dédie ce travail en hommage de mon
amour et de ma profonde reconnaissance.*

A MES GRANDS-PARENTS

Témoignage de mon affection.

A MON FRÈRE

*Dont je n'oublierai ni l'affabilité, ni le
dévouement. Hommage de ma reconnais-
sance.*

A MA SŒUR

*Dont la jeune gaité et les causeries
agréables mettaient une note originale à
nos congés communs. Qu'elle soit per-
suadée de mon affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
de l'Antiquaille.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CADE

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOURIQUAND

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

INTRODUCTION

En 1861, Bazin décrit pour la première fois, sous le nom d'hydroa vacciniiforme, une affection singulière, débutant dans l'enfance, récidivant chaque année et caractérisée par une éruption vésico-bulleuse siégeant sur les parties découvertes du corps, après leur exposition à la lumière.

Cette affection a suscité dans la suite de nombreux travaux cliniques. En Angleterre, où elle est surtout fréquente, Hutchinson et son école, R. Crocker la décrivent avec d'autres éruptions sous le nom de « summer's eruption », et il en résulte une certaine confusion.

Dans ces dernières années, des recherches expérimentales ont été faites, en Allemagne surtout, pour tenter d'éclairer la pathogénie de cette affection ; aussi, il nous a paru intéressant, sous l'inspiration de MM. NICOLAS ET MOUTOT, à l'occasion d'un cas par eux observé, de faire une étude entière de la question de l'Hydroa-vacciniiforme.

Après un *historique* montrant les différentes phases de la compréhension de cette affection, nous examinerons l'*étiologie* de l'hydroa-vacciniforme, insistant particulièrement sur la *physiologie* et l'*anatomie pathologiques* qui s'y rattachent, la plupart des recherches récentes s'occupant surtout de ces questions.

Nous nous efforcerons de dégager les caractères qui constituent à l'hydroa vacciniforme une individualité clinique, l'isolant nettement des éruptions données, mais nous tenterons aussi d'exposer les *parentés nosologiques* qui l'unissent aux autres éruptions d'été (Reccuring summer's eruptions).

Nous terminerons par un aperçu *thérapeutique*, le traitement pouvant s'inspirer des récentes recherches expérimentales.

Avant d'aborder ce travail, nous tenons à exprimer notre gratitude à ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

Dès le début de nos études médicales, nous fûmes attaché au service de Monsieur le PROFESSEUR ROQUE ; par ses qualités oratoires, ses facultés d'enthousiasme, sa science qu'il sut toujours rendre agréable, il nous attacha avec un intérêt passionné à l'étude clinique des malades ; nous lui devons d'avoir aimé la médecine et ce fut avec une véritable joie que nous restâmes l'auditeur assidu de ses cliniques magistrales.

Nous avons suivi avec fruit les leçons de Monsieur le PROFESSEUR JABOULAY ; nous adressons un souvenir

ému à la mémoire de son ex-chef de clinique P. CAVAILLON, qui nous initia à l'art chirurgical.

Monsieur le PROFESSEUR NICOLAS a bien voulu accepter de présider notre thèse ; nous nous souviendrons toujours avec plaisir de ses cliniques aussi intéressantes que recherchées. Pendant le stage que nous fîmes dans son service, nous fûmes charmé par l'affabilité de son accueil et vivement intéressé par ses causeries pratiques à la consultation. Nous lui adressons l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

Monsieur le chef de clinique H. MOUTOT nous a inspiré ce travail et nous a toujours accueilli avec bienveillance. Nous avons eu recours souvent à ses conseils, soit au lit du malade, soit pour la rédaction de cet essai. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Monsieur le PROFESSEUR WEILL nous a initié à la pédiatrie. Nous rendons hommage à son profond sens clinique et nous remercions Monsieur le Professeur agrégé MOURIQUANT des conseils qu'il a bien voulu nous donner au cours de cet hiver, sur la médecine infantile.

Monsieur le Professeur agrégé CADE a bien voulu faire partie de notre jury de thèse ; nous lui adressons l'expression de notre bien vive gratitude.

Nous avons passé régulièrement nos vacances à Vichy, et nous avons été heureux de suivre les opérations de Monsieur le Dr MAIRE. Nous le remercions de son accueil bienveillant et de ses conseils précieux pour le praticien,

Enfin, au moment de quitter la région lyonnaise, il nous est agréable de songer que, pendant six ans, nous fûmes entouré d'amis et de camarades excellents ; grâce à la bonne entente qui régna toujours entre nous, ces années s'écoulèrent bien vite, et ce n'est pas sans regrets que nous nous séparons d'eux. Nous espérons les retrouver plus tard, et leur adressons un fraternel « au revoir ».

CHAPITRE PREMIER

Historique

1^o Phase clinique.

Cette affection fut observée pour la première fois par *Bazin* en 1861 et décrite l'année suivante par le même auteur dans ses « Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau ».

En 1868, nouvelle description qui complète la première et qui est suivie d'une observation (obs. I).

Cette affection avait été perdue de vue, peut-être moins pour sa rareté qu'à cause de l'ignorance des médecins à son égard, quand *Hutchinson*, en 1888, en publia un cas typique intitulé : « A case of summer eruption ». Mais il en rapproche les lésions de celles du xeroderma pigmentosum duquel il diffère nettement.

Jamieson, la même année, en publia deux autres

cas (1888, obs. III et IV), suivis bientôt des observations de *Berliner* (1890, obs. VI), *Buri* (1891, obs. VII), *Broes van Dort* (1892, obs. VIII).

Nous arrivons ainsi à la publication du traité de *Radcliffe Crocker* dont la 2^e édition, parue en 1893, consacre définitivement le type morbide de l'hydroa vacciniiforme et le décrit sous le nom d'*Hydroa vacciniiformis seu æstivale*.

En 1894, *L. Brocq* observe le deuxième cas français. A cette occasion, il reprend la question, réunit, discute tous les cas publiés jusqu'à cette époque et y ajoute quelques observations personnelles.

Depuis, quelques publications se sont faites au sujet de l'hydroa vacciniiforme.

Magnus Moller (1900) en réunit 35 cas et tente un essai d'étude expérimentale.

La thèse d'*Ikeda* (Rostock, 1904) et un article de *E. Constantin*, paru dans le numéro du 19 mai 1906 de la *Province Médicale*, réunit tous les cas donnés jusqu'à ce jour sous le nom d'hydroa vacciniiforme ou de summer eruption, ce qui, pour les auteurs, est synonyme. Constantin analyse 89 observations qu'il réduit, après critique, à 38. Il précise en même temps le cadre de l'hydroa vacciniiforme et le détache du nombre d'autres éruptions d'été.

La plupart de ces observations sont réunies dans la thèse de son élève *Bonnecaze* (Toulouse, 1906).

Le travail d'*Adamson* : « On cases of hydroa æstivale of mild type ; their relations hip with Hutchinson's summer prurigo and with hydroa vacciniiforme of Bazin » donne la caractéristique de l'hydroa vac-

ciniforme et l'isole d'une forme voisine de la maladie d'Hutchinson qui disparaît sans laisser de traces.

Gaucher et Druelle, Balzer et Guénot, la thèse d'*Henrionnet*, rendent compte de la question jusqu'en 1909, sans apporter grands faits nouveaux.

Les traités classiques de dermatologie décrivent cette affection d'après les observations des auteurs précités. Ils la classent d'une façon générale dans les dermatoses de cause externe, par irritation due à la lumière solaire. Cependant, il nous faut mentionner ici que Malcom Morris, dans son *Traité des Maladies de la peau* (5^e édition, 1911), décrit l'hydroa vacciniiforme avec les dermatites herpétiformes, dont il ne serait qu'une variété. D'autre part, il identifie complètement l'hydroa vacciniiforme de Bazin à l'hydroa puerorum d'Unna. Nous verrons s'il y a lieu d'admettre cette conception.

2° Phase expérimentale.

Guidés par les travaux antérieurs, soucieux de donner à l'hydroa vacciniiforme son cadre véritable, d'en établir le traitement d'une façon indiscutable, les auteurs multiplient les recherches et, dans des publications, font part de leurs travaux.

C'est *Freund* qui recherche la pénétrabilité de l'épiderme par la lumière ; *Pérutz*, en 1910, qui trace l'étiologie de cette affection si tenace et rend compte de ses travaux expérimentaux.

Ehrmann, en 1911, étudie l'action de la lumière dans l'hydroa de Bazin et soutient contre *Scholtz*

que ce sont les rayons à courte longueur d'onde (ultra violets) qui causent les lésions.

Citons enfin les publications de *Galewsky* (obs. XXXII), *Radaeli* (obs. XXXIII), *Mucha* (obs. XXXIV), *Terebensky* (obs. XXXV), *Gross* (obs. XXXVI).

En 1911, M. le *Pr. Brocq*, dans une clinique faite à Saint-Louis, retrace les grandes lignes de l'hydroa de Bazin.

Enfin, c'est l'observation de *MM. Nicolas et Moutot*, prise dans leur service à l'Antiquaille et publiée dans le *Lyon Médical* du 20 août 1911, qui nous a amené à reprendre la question de l'hydroa vacciniiforme de Bazin. Nous estimons qu'il est nécessaire, devant le peu d'observations actuellement connues, d'ajouter une pierre à l'édifice que constitue l'étude de cette dermatose.

CHAPITRE II.

Etiologie.

Le point de départ du processus morbide, dans l'hydroa vacciniforme, semble être sans conteste l'*action des rayons solaires* sur la peau ; toutes les observations sont d'accord pour enregistrer la même cause ; disons cependant que certains agents atmosphériques, l'air vif, un vent froid en particulier (obs. XVIII, White), sont susceptibles d'occasionner une vésiculation donnant le tableau typique de la maladie. Dans un cas relaté dans notre thèse et rapporté par Graham, une enfant de 6 ans, ordinairement influencée par les rayons solaires, vit une éruption éclater sous l'action d'un courant de vent chaud entré subitement par une fenêtre, l'enfant ayant gardé le lit cette année là, par suite d'une maladie intercurrente (obs. XVI).

Les *parties découvertes*, et par conséquent directement exposées, sont généralement seules atteintes ; les sièges de prédilection de l'hydroa sont le visage, le cou, le dos des mains ; les bras et les jambes lorsqu'ils sont nus.

L'éruption est plus fréquente au *printemps* et en *été* ; à cette époque, l'intensité lumineuse et calorique des rayons solaires est maximum. A l'approche de l'hiver, au contraire, les vésicules se dessèchent, les croûtes tombent.

Les cas rapportés par White (obs. XVIII), où l'influence des rayons solaires fait défaut, sont une exception.

Les parties recouvertes par les téguments sont très rarement atteintes, ce qui donne une preuve de plus à l'action vraie et directe du soleil ; dans ce cas, l'éruption est discrète. Quelquefois cependant, les muqueuses sont lésées : Bazin a vu des vésicules sur la muqueuse buccale, Constantin sur celle des lèvres et de la langue, Moller sur la conjonctive.

L'éruption, le plus souvent, apparaît très rapidement ; quelques heures (obs. XXIX), un jour ou deux après une exposition au soleil, le malade ressent les premiers symptômes ou voit les premiers signes.

L'hydroa vacciniiforme est une éruption éminemment *récidivante* ; la première atteinte se fait dans l'enfance et particulièrement entre 2 et 5 ans. Chaque année, dès les premiers beaux jours du printemps, si le petit malade ne prend pas les précautions que lui aura dictées son atteinte antérieure, il se fait

une nouvelle poussée, toujours plus grave que la précédente.

Toutefois, la fréquence de ces atteintes tend à décroître à la puberté, et entre 20 et 30 ans, l'immunité paraît acquise.

L'affection atteint plus spécialement les *garçons* ; on note une proportion de 7 garçons pour 3 filles ; les fillettes étant plus sédentaires sont peut-être moins soumises aux effets nocifs des rayons solaires.

Observée surtout en *Angleterre* et en *Allemagne*, cette affection paraît plus rare en France. La pigmentation de la peau, chez certaines races colorées, ne semble pas en mettre à l'abri, et J. Moreira a observé l'éruption sur une fillette de couleur.

L'hydroa vacciniiforme de Bazin semblerait être une *affection familiale*, d'après les observations des auteurs ; Jamieson a observé l'éruption sur tous les membres d'une même famille, White sur le frère et la sœur et un autre membre de la famille, Mac Call Anderson sur deux frères.

Comment expliquer la rareté de l'hydroa vacciniiforme, comparée à l'extrême fréquence de ses causes déterminantes ? Bonnecaze donne une solution séduisante et admet qu'il existe, chez certains individus, une susceptibilité spéciale, une idiosyncrasie particulière de la peau par rapport aux agents atmosphériques et analogue à l'épidermolyse bulleuse qui représente une très grande sensibilité aux irritations mécaniques, avec cette seule différence que, dans la dernière, on n'observe pas comme dans l'hydroa de Bazin, une diminution de l'idiosyncrasie due à l'âge.

Cette idiosyncrasie serait favorisée par la présence de l'hématoporphyrine dans l'urine. Les expériences de Pérutz sont là pour le confirmer : Ayant provoqué l'hématoporphyrinurie chez des lapins par l'administration prolongée de sulfonal, il les soumit à l'action des rayons émanant d'une lampe de quartz ; il obtint ainsi des bulles, des nécroses et des cicatrices cliniquement et histologiquement assimilables à celles de l'hydroa. Il conclut que cette hématoporphyrinurie jouerait, à l'égard des rayons morbides de la lumière solaire, le rôle de sensibilisatrice qui déterminerait l'apparition des accidents.

CHAPITRE III.

Physiologie pathologique.

Nous venons de voir que l'hydroa vacciniforme est dû à l'action des rayons solaires ; mais nous devons nous expliquer sur la nature intime du phénomène, étudier le mode d'action de la lumière sur la peau en nous aidant des procédés expérimentaux.

Comment agit la lumière sur la peau saine ?

C'est à Finsen que nous devons les premières expériences : Après avoir enduit le bras d'une peinture épaisse, noire, il l'exposait à l'action d'un soleil intense. Au bout de trois heures, il notait les modifications suivantes : « Rien au niveau des parties protégées par la peinture ; sur les autres, au contraire, présence d'un érythème intense, n'apparaissant que quelques heures après l'expérience et disparaissant

après un certain temps, en ne laissant qu'une forte pigmentation.

Puis Finsen exposait de nouveau le même bras au soleil, sans couche protectrice. Il constatait alors que les parties atteintes la première fois par l'inso-lation ne changeaient pas, tandis que la peau voisine, non pigmentée, réagissait et montrait seule l'érythème. Finsen concluait que l'action prolongée de la lumière provoque, sur la peau saine, de l'érythème, et ultérieurement de la pigmentation, laquelle devient un moyen de défense contre l'influence irritante des rayons lumineux.

Unna, Widmarck, Hammer, Moller ont étudié l'action de la lumière sur la peau malade (c'est-à-dire sur la peau de sujets susceptibles aux rayons solaires); ils ont provoqué chaque fois des lésions allant de l'érythème à la vésiculation. Pour ces auteurs, ce sont les rayons solaires qui, par l'action chimique qu'ils exercent sur la peau, déterminent des éruptions d'hydroa. Widmarck émet déjà, en 1896, l'hypothèse que ce sont les rayons ultra-violet qui sont pathogènes.

Graham, à la même époque, soutient, contrairement à ce dernier auteur, que les *rayons chauds* de la lumière solaire ont une action prédominante sur l'apparition des éléments éruptifs. Il appuie son opinion sur le fait que la lumière électrique, riche cependant en rayons chimiques, resta sans effet sur un des malades qu'il observa.

Freund, plus tard, a cherché à se rendre compte si les rayons chimiques et ultra-violet pénétrant

dans les couches profondes de la peau et ont une action sur les éléments qui y sont contenus ; en cas d'affirmative, il voulait établir à quelle partie du spectre ultra-violet ressortait cette particularité. — Il est arrivé à conclure qu'une partie considérable des rayons ultra-violets provenant de différentes sources de lumière traverse l'épiderme et peut arriver aux différentes couches de la peau. La quantité de rayons lumineux correspond à peu près au $\frac{1}{3}$ du spectre ultra-violet qu'on connaît jusqu'à présent.

Plus récemment, Ehrmann a fait sur un malade atteint d'hydroa vacciniforme, les constatations suivantes :

Faisant passer les rayons lumineux à travers un verre bleu, il obtint les lésions de l'hydroa. Par contre, les rayons traversant un écran rouge, absorbant beaucoup moins ou même pas les rayons caloriques, par conséquent la température étant beaucoup plus élevée, ne donnaient aucune lésion. Par l'écran bleu, les rayons à ondes longues du spectre ainsi que la plus grande partie des rayons caloriques sont absorbés ; il passe seulement les rayons à ondes courtes avec les rayons chimiquement actifs, qui seuls agissent sur la peau ; ce sont, d'après Ehrmann, ces derniers (rayons ultra-violets) qui provoquent l'éruption.

Pérutz renouvela ces expériences en se servant de lapins, qu'il avait rendus préalablement hématorporphyrinuriques, et fit agir sur les oreilles de ceux-ci les rayons de la lampe de Kromayer. Il obtint les lésions de l'hydroa.

Enfin, Ehrmann, se basant sur ces faits, étudia l'action de la lampe d'Uviol et de Kromayer chez un malade présentant une hématorporphyrinurie considérable. Il se proposait en même temps de défendre contre Scholtz son ancienne manière de voir, qui consiste à placer les rayons nuisibles parmi les rayons à courte longueur d'onde, Scholtz, admettant au contraire, que les rayons calorifiques jouent un rôle prépondérant. L'action énergiquement active de l'Uriol et de la Kromayer confirma l'hypothèse d'Ehrmann et donna le rôle d'irritants aux rayons violets et ultra-violets.

Guidés par ces expériences, nous admettrons que la lumière est irritante pour la peau, que cette dernière réagit diversement, suivant son degré d'irritabilité particulier et suivant la qualité et l'intensité de l'action lumineuse.

Cette manière de voir est en complet accord avec les faits d'observation clinique. Nous savons, en effet, qu'il existe toute une gamme d'affections cutanées vraisemblablement provoquées par la lumière. Ces dermatoses sont caractérisées par des éruptions érythémateuses, populeuses, vésiculeuses, pustuleuses guérissant sans laisser d'autres traces qu'une pigmentation transitoire : *ce sont les éruptions d'été récidivantes.*

A côté d'elles nous placerons l'hydroa vaccini-forme, avec ses caractères spéciaux, lésions vésicobulleuses à évolution spéciale, aboutissant à la nécrose du derme et avec cicatrice varioliforme définitive. Déjà nous saisissons qu'un même lien étiolo-

gique réunit ces maladies et ce lien, c'est l'action pathogène des rayons solaires (ultra-violets). L'hydroa vacciniiforme est un mode particulier de réaction de la peau à la lumière, le mode le plus grave.

Quelle est la nature intime de l'hydroa de Bazin ? J.-E. Graham invoque une action vaso-motrice d'origine réflexe provoquée par les rayons lumineux. — Leredde le considère plutôt comme une toxidermie, car il se base sur l'éosinophilie constatée pour le rapprocher de la maladie de Duhring.

Bonnecaze pense qu'il est préférable, pour expliquer la genèse de l'hydroa vacciniiforme, de faire intervenir une susceptibilité spéciale de sujets aux rayons lumineux et de ranger la maladie de Bazin parmi les réactions qui se manifestent sur un tégument prédisposé congénitalement. Si quelques épidermes donnent des bulles sous l'influence de traumatismes (epidermolysis bullosa), la lumière chez quelques-uns suffit à les provoquer ; et la bulle est ici une réaction au même titre que l'érythème ou les autres éruptions d'été déterminées par la lumière chez d'autres individus.

Hématologie. — Urologie.

Il est difficile de tirer une conclusion nette de l'examen du sang chez les malades atteints d'hydroa vacciniiforme ; les recherches n'ont pas été assez nombreuses et les résultats trop dissemblables :

White, dans deux cas, a trouvé 8, 6 et 15 % d'éosinophiles (obs. XVIII), Molinowsky, 3 % d'éosinophiles (obs. XXVI).

Constantin fit un examen complet et trouva :

Globules rouges — 4.600.000 par mmc.

Globules blancs — 41.000 » »

Le pourcentage de globules blancs lui donna :

Polynucléaires — 84,2 pour 100.

Grands mononucléaires - 6,5 » »

Lymphocytes — 8 » »

Eosinophiles — 1,2 » »

Donc, pas d'éosinophilie, mais le nombre des globules blancs est considérablement augmenté. Faut-il attacher une importance spéciale à l'éosinophilie trouvée par les auteurs dans l'hydroa-vacciniforme ? Nous ne le croyons pas, car nous savons que, dans beaucoup de dermatoses, il en est de même.

Les urines ne donnent pas davantage d'indications précises :

Mac Call Anderson, en 1898, a trouvé le premier dans le liquide urinaire un pigment dénué de protéide et de fer, très voisin de l'uro-hématoporphyrine. Dans ce cas l'urine présentait une teinte rouge vin de Bourgogne, due à la présence de ce pigment de couleur rouge foncé qui tenait la place de l'urobiline normale.

Ce pigment spécial présentait au spectroscope les quatre bandes d'absorption de l'hématoporphyrine acide.

White dans plusieurs cas d'hydroa vacciniforme, a recherché ce même pigment et ne l'a pas trouvé. Il n'a été noté depuis que par Moller, Rast, Linser. Dans l'observation de MM. *Nicolas et Moutot* les uri-

nes présentaient leur teinte normale et ne contenaient vraisemblablement pas d'hématoporphyrine.

Nous devons signaler cependant, dans cette observation, la présence d'albumine dans les urines. Celles-ci en contenaient 0 gr. 25 par litre.

Un cas semblable a été noté par Scholtz. A quoi est due cette albuminurie qui est persistante et ne disparaît pas par le repos ? Serait-elle un produit de la poussée éruptive observée ou un résidu de quelque maladie infectieuse antérieure ? Les cas signalés sont trop restreints pour que nous puissions formuler un avis, mais il serait intéressant de guider les recherches sur ce détail.

En somme, comme nous le disions, les données hématologiques et urologiques ne nous conduisent qu'à de simples constatations ; de nouvelles recherches s'imposent qui puissent faire tirer de l'examen de ces deux liquides importants, des conclusions plus générales.

CHAPITRE IV.

Anatomie pathologique.

C'est Bowen qui a pratiqué le premier examen histologique de la lésion que nous étudions. Pour lui, le point de beaucoup le plus important est la nécrose de la partie centrale du nodule. Les régions les plus superficielles de la couche cornée paraissent intactes. Les couches inférieures du stratum corneum, de même que le reste de l'épiderme sont nécrosés.

Les couches moyennes et profondes sont transformées en une sorte de tissu réticulé formant un lacis rempli de détritits granuleux et çà et là des leucocytes. Tout le chorion, jusqu'à une petite distance du tissu cellulaire sous-cutané est également nécrosé : on ne trouve que quelques vestiges de sa structure normale, des granulations, des vaisseaux sanguins entourés de foyers hémorragiques. Tout autour de la

partie mortifiée les lésions sont peu considérables: l'épiderme est légèrement épaissi, le chorion est rempli de petites cellules. Il est impossible de déceler des microbes dans les tissus.

Pour Mibelli, le processus morbide de l'hydroa vacciniiforme consiste en une dermite primitive diffuse et intense à exsudat leuco-fibrineux, conduisant à la formation des vésicules en forme de voûtes qui s'ouvrent dans les couches moyennes du corps de Malpighi; ces vésicules se forment, non pas par altération dégénérative des cellules épithéliales, mais par dilatation des espaces interépithéiaux, rupture des ponts d'union intercellulaires et dilatation rapide des fentes et des vacuoles ainsi produites.

La persistance des phénomènes inflammatoires au centre des efflorescences les plus développées et les plus typiques, détermine un *processus nécrobiotique* qui atteint, outre les éléments cellulaires adventices, les éléments propres du corps papillaire, d'où résulte une destruction plus ou moins étendue et plus ou moins profonde, qui naturellement se répare au moyen d'un tissu de cicatrice.

Eddoves (1902) a donné une description anatomo-pathologique sensiblement concordante; il insiste sur l'influence de l'œdème dans la genèse du processus nécrotique.

Moller a décrit un processus de vésiculation semblable à celui qu'avaient vu Bowen et Mibelli. Il explique en outre l'ombilication par ce fait que la sérosité des bulles transsude peu à peu à la surface de l'élément et la pression intra-vésiculaire venant à

diminuer, la vésicule s'affaisse à son centre. Il a observé des hémorragies petites et nombreuses dans le corps papillaire.

Malinowsky insiste sur la nécrose de l'épiderme comme fait initial, nécrose s'étendant plus tard au derme.

E. Constantin a fait l'examen histologique d'une bulle jeune, non ombiliquée ; d'après cet auteur, elle siège entre l'épiderme et le chorion et elle est remplie par un exsudat fibrino-leucocytaire, sans cloisonnements.

Le derme présente des signes d'inflammation se traduisant par des manchons peri-vasculaires assez denses. On trouve peu de cellules inflammatoires infiltrées entre les faisceaux du derme profond. Le corps papillaire au contraire, sur toute son étendue, présente une infiltration inflammatoire diffuse assez abondante.

En dehors de la bulle, l'épiderme d'une façon générale a l'apparence normale ; en plusieurs points, cependant, on peut voir à sa limite avec le corps papillaire, des îlots rappelant l'état spongioïde décrit dans l'eczéma, et qui semblent préparer la formation des bulles. En ces points, en effet, les cellules en palissade et les cellules malpighiennes les plus profondes sont dissociées violemment, écartées les unes des autres, laissant entre elles des lacunes où ont émigré quelques leucocytes. Les cellules ainsi bousculées ont subi une atteinte profonde, la plupart sont méconnaissables, granuleuses, affectant les formes les plus variées et quelques-unes ont été complètement détruites.

La bulle est constituée de la façon suivante : Son plancher est représenté par le corps papillaire infiltré et limité du côté de la cavité par une ligne festonnée. Sa voûte est formée par l'épiderme soulevé en masse. Au centre de la voûte, les cellules épidermiques sont amincies et aplaties, tandis que sur les côtés, les cellules sont épaissies, augmentées de volume. Extérieurement, la bulle est recouverte par une couche cornée amincie au centre et s'exfoliant dans cette région. La cavité unique est comblée par un stroma de fibrine à mailles extrêmement délicates et très serrées. Ce réseau s'insère sur les cellules malpighiennes de la voûte, mais il ne va pas jusqu'au plancher de la bulle, dont il est séparé par une nappe liquide coagulée et bourrée de leucocytes. Le stroma fibrineux renferme dans ses mailles des globules blancs polynucléaires pour la plupart et beaucoup plus nombreux à la périphérie du réseau.

Depuis, Scholtz, après examen hystologique d'une lésion, écrivit que ce qui caractérise l'hydroa vaccini-forme au point de vue anatomo-pathologique, c'est d'abord l'inflammation, et que la nécrose de la partie centrale ne serait que secondaire.

Radaeli, au contraire, pose comme premier phénomène la nécrose, et comme caractéristique de la maladie, la nécrose des fibres élastiques intra-dermique.

Quoi qu'il en soit, que le phénomène primitif soit dû à l'inflammation ou à la nécrose, il est certain que les lésions produites par l'hydroa vaccini-forme intéressent non seulement l'épiderme, mais *surtout le*

derme ; le *fait dominant*, c'est la *nécrose* du derme dont la réparation aboutit à la cicatrice, véritable caractéristique de la maladie que nous étudions.

CHAPITRE V

Symptômatologie

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au chapitre de l'étiologie. Ce qui se dégage d'une façon évidente de nos observations, c'est l'action très nette des rayons solaires dans la production de l'éruption, l'apparition de cette dernière au printemps et en été et la fréquence relative de l'hydroa vacciniforme dans l'enfance.

Symptômes subjectifs.

Aucune sensation subjective anormale ne se manifeste pendant l'exposition de la peau au soleil, mais le lendemain, parfois quelques heures après (obs. XII), le sujet peut ressentir un malaise général, avec anorexie, nausées, vomissements, frissons, tous symptômes qui peuvent cependant faire défaut.

Le malade ressent une sorte de cuisson, de sensation désagréable, de tension dans les régions découvertes qui deviendront plus tard le siège de l'éruption ; quelquefois ce sont des démangeaisons, qui cessent avec les premiers signes objectifs.

Symptômes objectifs.

C'est au réveil, le plus souvent, que l'attention du malade est attirée par de petites taches rosées, d'aspect érythémateux, légèrement saillantes (parfois comparées à des piqûres de puces), ou par de petits nodules durs, sous-cutanés, sur lesquels apparaissent bientôt des vésicules. Parfois enfin, ces vésicules peuvent naître d'emblée.

Topographie.

Les régions atteintes sont surtout les *parties découvertes* et cela se comprend si l'on songe qu'elles subissent directement l'action des rayons solaires. Il y aura des lésions au visage : aux joues, au nez, au front, aux lèvres, aux oreilles. Les parties découvertes du cou, le dos des mains, les avant-bras, les bras, les pieds et les jambes, suivant qu'ils sont plus ou moins découverts, sont atteints. Dans l'observation rapportée dans notre thèse (Pr. Nicolas et H. Moutot, obs. XXXVII), les jambes et les pieds du malade présentaient des lésions chaque fois qu'il marchait pieds nus ; il en est de même dans certaines professions : baigneurs, pêcheurs, etc...

On a observé des vésicules d'hydroa dans la cavité

buccale (Constantin), sur la conjonctive et la cornée (obs. XXIII et XXIV). Ces faits sont rares.

D'autres fois enfin, mais exceptionnellement, les régions couvertes ont été atteintes et Balzer a vu l'affection se généraliser ; mais les éléments éruptifs étaient discrets et peu nombreux. L'action des rayons solaires pourrait se produire dans ces cas au travers des vêtements (Brocq).

Période d'état.

Bazin et R. Crocker comparaient primitivement les *vésicules vacciniiformes* à celles de l'herpès, qu'elles peuvent simuler à cause de leur aspect, de leur taille et de leur distribution sur les taches rouges du tégument ; par leur groupement et leur confluence, elles peuvent former des plaques à contours irréguliers, simulant, en effet, d'une façon très nette, la lésion herpétique.

Vers le deuxième jour, les vésicules arrondies perdent leur transparence, en même temps qu'elles *s'ombiliquent*. Une croûte se forme au centre, celle-ci grandit et tombe, laissant à sa place une cicatrice déprimée.

Etude de la lésion élémentaire.

C'est une *vésico-bulle*.

Au début, on ne voit qu'un simple soulèvement épidermique, globuleux, qui résiste au doigt, à contenu séreux, opalin, quelquefois limpide, mais le plus souvent légèrement louche et parfois hémati-

que. Son volume varie de celui d'une tête d'épingle à une lentille. C'est une vésicule reposant sur une zone rougeâtre qui l'entoure ; parfois même, elle est entourée d'un véritable hale érythémateux.

Si l'on pique cet élément avec la pointe d'une aiguille, il en sort un liquide clair, mais la vésicule ne s'affaisse pas ; cela tient à la charpente fibrineuse de l'exsudat, qui forme un cloisonnement intérieur.

Mais si une infection secondaire se greffe sur un élément, celui-ci devient le siège d'un véritable foyer purulent, simulant par ses croûtes épaisses et jaunâtres une poussée impétigineuse (Bazin).

Lorsque l'élément a atteint son volume maximum, il peut évoluer en cet état, se rompre ou jaunir, se dessécher, se recouvrir d'une croûte, puis disparaître ; mais, dans la plupart des cas, l'aspect est vraiment pathognomonique ; il y a ombilication, le centre se déprime et devient bleu, brun ou noir. En même temps, la vésicule perd sa transparence. A ce stade, l'analogie est très grande avec une pustule vaccinale, d'où le nom donné par Bazin.

Autour de cette ombilication, le reste de la vésicule forme une couronne surélevée, entourée elle-même d'une aréole rouge.

Il se produit ensuite une croûte noirâtre qui se développe du centre à la périphérie en s'agrandissant par les bords. Elle est profonde, adhérente et se détache au bout de douze à quinze jours, laissant à nu un derme rouge, déprimé, cicatriciel, qui blanchit avec le temps et dont la *cicatrice indélébile* rappelle en tous points la cicatrice vaccinale.

Cette croûte peut cependant se former avant l'ombilication de la vésicule et s'accroître par sa périphérie. Ce n'est que plus tard que son centre se déprime et reprend l'aspect que nous avons décrit.

A part l'éruption proprement dite, il faut encore tenir compte, dans la symptomatologie de l'hydroa vacciniforme, des cicatrices laissées par les poussées antérieures. Dans certains cas, à la suite de poussées tenaces ou de récidives fréquentes, les parties découvertes peuvent être le siège de *mutations plus ou moins profondes* : le nez, les oreilles, le dos des mains se couvrent de cicatrices déprimées, plus ou moins rapprochées et confluentes, sillonnées de télangiectasies. Les oreilles peuvent être réduites à leur squelette cartilagineux, comme dans le cas relaté dans l'observation de Gross (obs. XXXVI).

Bowen a noté une adénopathie cervicale et sous-maxillaire pendant la période active de l'éruption qui pourrait faire penser à une infection retentissant sur le système lymphatique ; les recherches bactériologiques, soit inoculation, soit essais de culture, ont toujours été négatives.

Il ne faut donc voir, dans la relation de Bowen, qu'une simple coïncidence.

Enfin, selon la localisation de la lésion, l'hydroa vacciniforme peut donner lieu à des symptômes particuliers, telle la douleur, la dysphagie provoquée par une éruption occupant la cavité buccale, telles encore les taies cornéennes consécutives aux résidus cicatriciels de cette affection.

FORMES CLINIQUES

La forme de l'hydroa vacciniforme, telle que l'a observée Bazin, est de beaucoup la plus fréquente. Cependant, d'après la morphologie et la topographie des éléments, on peut isoler quelques variétés cliniques différentes qui forment la transition entre l'hydroa vacciniforme type et le groupe des « Summer's eruptions ».

Nous signalerons très brièvement quelques-unes de ces formes rares :

a) *Forme bulleuse localisée.*

L'observation de Broes van Dort (obs. VIII), dont les éléments adultes sont exclusivement bulleux, rentre dans cette catégorie. De plus, l'éruption est localisée aux parties découvertes.

b) *Forme bulleuse généralisée.*

La forme précédente tend parfois à s'étendre aux parties recouvertes par les vêtements ; la peau semble réagir d'une façon généralisée au processus irritatif local. Cette forme a été décrite par James C. White, et Balzer en a observé un cas.

c) *Formes de transitions.*

Constantin a observé, dans le service du Professeur Audry, un cas de transition entre la forme bulleuse et la forme classique. Il s'agissait d'un malade, présentant, à côté de lésions bulleuses très étendues, des éléments vacciniformes typiques.

Les bulles étaient de grosse dimension (du volume d'un pois à celui d'une pièce de deux francs, obs. XXVIII). Nous rapportons une observation analogue de Gaucher et Druelle (obs. XXX).

Toutes les formes précédentes présentent ce caractère commun de laisser des cicatrices. Or, entre la lésion constante du derme et la lésion isolée de l'épiderme (absence de cicatrices), il y a place pour d'autres formes qui marqueront la transition entre l'hydroa vacciniforme et les summer's eruptions.

Cette transition se fait, d'une part, par l'*hydroa vésiculeux* de Magnus Moller, dont les éléments sont semblables à ceux de la maladie de Bazin et qui n'en diffère que par l'absence de cicatrices consécutives.

D'autre part, par la *Recurring summer eruption* de Hutchinson qui, sans présenter la lésion élémentaire vacciniforme, n'en récidive pas moins au printemps et en automne, sous les mêmes conditions étiologiques.

Si, au lieu de considérer l'affection dans sa morphologie, nous l'étudions dans son évolution, nous pouvons décrire, en dehors de la forme moyenne, deux modalités : l'une bénigne, l'autre sévère.

a) *Forme bénigne.*

Les éléments sont peu nombreux, discrets. Ils ne laissent à leur suite qu'une très légère cicatrice.

b) *Forme grave.*

Une courte exposition au soleil suffit pour provoquer une éruption très intense et très tenace. Les

éléments sont nombreux, s'étendent aux muqueuses ou sur les yeux, et les phénomènes généraux qui précèdent leur apparition sont pénibles. Enfin, les cicatrices sont profondes, déprimées et, suivant leur localisation, aggravent le pronostic.

CHAPITRE VI

Evolution - Pronostic

Les éléments de l'hydroa vacciniiforme apparaissent, nous l'avons vu, très rapidement. Chaque vésicule fait son évolution et aboutit à la croûte terminale en une période de temps qui varie de deux à quatre jours. Au bout de quinze jours, cette croûte se dessèche et tombe.

La poussée éruptive dure en moyenne de deux à trois semaines, si toutefois le sujet se met à l'abri des causes extérieures; dans le cas contraire, l'affection peut traîner en longueur, aboutir à la chronicité par suite des poussées incessantes qui se succèdent.

La mauvaise saison, d'octobre à février, pendant laquelle les rayons solaires perdent de leur intensité, amène généralement la disparition des éléments; on a vu cependant des sujets atteints d'hydroa vacci-

niforme, après s'être exposés au soleil d'hiver par des temps de neige.

Les récidives annuelles sont constantes : chaque année, au printemps, une nouvelle poussée apparaît, mais avec l'âge, il semble que l'épiderme acquerre une certaine immunité et à la puberté les phénomènes éruptifs tendent à diminuer. Entre 20 et 30 ans, l'immunité est acquise.

L'hydroa vacciniiforme n'altère pas l'état général du sujet : nous avons signalé cependant quelques symptômes généraux prémonitoires, mais ils se voient rarement et ne durent pas.

Le nombre des cicatrices augmentant avec les poussées successives peut avoir, par la défiguration qui en est la conséquence, un certain intérêt pronostic. On comprendra facilement que si cette affection atteint une jeune fille, elle pourra devenir le point de départ de manifestations nerveuses qui retentiront sur l'état général de la malade.

Certaines formes de la maladie de Bazin peuvent présenter cependant un caractère de gravité locale, sur lequel insistent quelques auteurs : ce sont les formes impétigineuses survenues à la suite d'une infection, soit par grattage, soit par contact avec des objets malpropres. La suppuration paraît, et avec elle des croûtes jaunâtres, donnant à la maladie un autre aspect et une autre évolution.

Dans d'autres cas, c'est la largeur des éléments qui, par les cicatrices qu'ils laissent à leur suite, assombrît le pronostic.

Enfin, signalons la gravité des lésions cornéen-

nes : des taies irréductibles de la cornée en sont la conséquence et la vue du sujet peut être plus ou moins compromise, suivant la gravité et la confluence des éléments.

L'hydroa vacciniiforme est donc une affection bénigne au point de vue général, mais elle est susceptible de laisser des cicatrices marquées ; aussi dans ces poussées intenses, doit-on réserver le pronostic au point de vue esthétique et parfois au point de vue fonctionnel, lorsqu'il y a des localisations oculaires.

CHAPITRE VII

Diagnostic

L'hydroa vacciniiforme de Bazin, par ses caractères très spéciaux, est d'un diagnostic facile.

Cependant, un malentendu règne au sujet de cette affection :

Que doit-on entendre par *Summer eruption* et qu'est-ce que l'*hydroa vacciniiforme* ? La plupart des auteurs emploient indifféremment ces deux dénominations pour désigner une même maladie ; nous voulons montrer, sans exclure leur lien commun, qu'elles peuvent caractériser des formes cliniques un peu différentes.

Hutchinson, en 1888, publia sous le nom de « Summer eruption » un cas typique d'hydroa vacciniiforme qu'il décrivit comme une variété particulière de « xeroderma pigmentosum » et qui était survenue

chez un enfant, récidivait chaque année au printemps, siégeait sur les parties découvertes du corps. L'affection était constituée par des vésicules donnant des croûtes laissant à leur suite des cicatrices. Plus tard, le même auteur publia sous le même nom un certain nombre de cas observés, à caractères semblables, mais différant par l'absence de cicatrices consécutives. R. Crocker, grâce à ses travaux, isola sous le nom de *Recurring summer's eruption* ou *éruptions d'été récidivantes* un groupe de dermatoses qui ont comme lien commun une étiologie identique : elles débutent dans l'enfance, elles récidivent chaque année pendant la saison chaude, elles siègent sur les parties découvertes, elles donnent des éruptions érythémateuses, papuleuses, vésiculaires, pustuleuses, tout comme l'hydroa vacciniiforme, mais *ne laissent jamais de cicatrices*.

Par son étiologie, l'hydroa vacciniiforme rentre tout à fait dans le groupe des éruptions d'été récidivantes, mais les caractères même de son éruption s'en séparent : *l'éruption de l'hydroa vacciniiforme laisse des cicatrices permanentes à sa suite*. Cependant, de même qu'avec la lumière électrique on peut obtenir toute la gamme des éruptions, depuis le simple érythème jusqu'à la vésicule avec nécrose du derme ; de même, avec la lumière solaire, on peut avoir toute une série de lésions : l'hydroa vacciniiforme serait le terme le plus grave de cette série. Nous proposerons de conserver le nom d'*hydroa vacciniiforme* au type clinique que nous avons isolé et dont le caractère principal est de laisser des cica-

trices permanentes, tout en reconnaissant le lien étiologique qui le relie aux éruptions d'été (summers's eruption) dont on ne peut le séparer.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'étiologie, l'aspect objectif, l'évolution donnent une telle individualité clinique à l'hydroa vaccini-forme que la discussion du diagnostic différentiel de cette affection est plus théorique que vraiment pratique.

Variole.

La variole donne des cicatrices analogues à celles de l'hydroa, mais les phénomènes généraux sont graves ; la marche de l'affection, son caractère épidémique, ne permettent pas la confusion.

Il en sera de même avec la *varicelle* et les *éruptions vaccinales généralisées*, dont les liens de parenté avec la variole sont connus.

Acné.

L'acné varioliforme ou nécrotique laisse des cicatrices déprimées, mais elles ne sont pas précédées de vésicules ombiliquées et l'acné ne se localise jamais aux mains ni aux pieds.

Acnitis de Barthélemy.

Il s'agit là d'une variété de tuberculides qui siège aux mains, à la face, et dont les éléments appa-

raissent par poussées successives, laissent des cicatrices ; mais les poussées ne sont pas aussi aiguës que dans l'hydroa ; elles sont continues, non influencées par l'action de la lumière solaire. Les éléments ne présentent jamais de vésicules ombiliquées ; ils sont d'abord profonds, puis grossissent, font saillie ; la peau rougit à leur niveau et il se forme de petites pustulettes qui s'ouvrent, suintent et se recouvrent d'une petite croûte tout à fait différente de celle de l'hydroa.

Colloïd milium.

Cette affection ne procède jamais par poussées successives. Son développement est lent, progressif, et ses vésicules ne présentent jamais d'ombilication centrale.

Impetigo contagiosa.

Cette dermatose peut donner le champ avec l'hydroa vacciniforme, lorsque les vésicules de celui-ci ont été infectées. La suppuration, les croûtes, donnent le tableau d'une éruption impétigineuse. Cependant, il suffira de chercher pour voir quelques éléments isolés, véritable caractéristique de l'hydroa ; ce seront des vésicules ombiliquées, entourées d'une zone érythémateuse. Enfin, l'impétigo ne laisse jamais de cicatrices. Quelques variétés de pyodermes ulcéreuses cicatricielles peuvent donner des lésions analogues à celles de l'hydroa vacciniforme, mais l'influence de la lumière solaire, la récurrence saisonnière, la topographie spéciale font défaut.

Syphilis.

Les syphilides pustuleuses et pustulo-croûteuses peuvent simuler une éruption d'hydroa. Mais les syphilides n'ont pas une localisation exclusive sur les parties découvertes et l'évolution n'est pas la même. En outre, l'anamenèse, la constatation d'autres manifestations de la syphilis seront faciles à déceler.

Lupus érythémateux.

Cette affection, sauf peut-être en certains cas à titre rétrospectif, ne saurait sérieusement prêter à confusion. Elle intéresse le nez, les joues, les oreilles, comme l'hydroa vacciniiforme, mais dans ce cas l'étiologie est différente ; les rayons solaires ne provoquent pas son apparition ; elle ne procède pas par poussées successives et ne montre pas de vésicules ombiliquées. Les cicatrices qu'elle laisse sont lisses et blanches et ne ressemblent en rien à celles de l'hydroa.

Les éruptions médicamenteuses,

par absorption d'iodure de potassium, peuvent avoir une analogie avec l'hydroa. Il y a des vésicules, mais elles ne sont pas ombiliquées et ne laissent pas de cicatrices. En tous cas, les renseignements obtenus du malade lèveront le doute.

Erythème polymorphe nésico-bulleux.

Il existe rarement à la face. Ses éléments sont peu ou point ombiliqués et ne laissent jamais de cicatrices profondes. Le polymorphisme est plus grand,

nombre d'éléments sont en cocarde ; souvent le syndrome est plus complet, avec localisations buccales, un certain état général, des troubles digestifs, un peu d'angine, des douleurs articulaires.

Epidermolyse bulleuse congénitale.

C'est une maladie héréditaire et les bulles se localisent à l'endroit d'un choc, d'un froissement, en un mot, d'un traumatisme quelconque. Les rayons solaires sont sans influence sur leur production et elles ne sont pas ombiliquées.

Phlycténose récidivante des extrémités ou Acrodermatite.

Cette affection n'atteint pas la face. Ses éléments siègent sur les doigts, les orteils ; cette affection procède par poussées successives, mais l'étiologie n'est pas la même. L'acrodermatite n'est pas influencée par le soleil, elle résiste à tout traitement.

Xéroderma pigmentosum.

L'éruption du xéroderma a été, à tort, confondue par Hutchinson avec l'hydroa vacciniiforme. Sans doute, les deux affections débutent dans la première enfance sous l'influence des rayons solaires et intéressent les parties découvertes. Mais dans le xéroderma, les lésions ne tardent pas à s'étendre sur tout le reste du corps. Les vésicules ne présentent jamais d'ombilication ni de cicatrices, mais elles laissent une pigmentation, il y a coexistence de petites tumeurs épithéliales et de télaugiectasies multiples.

Dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives.

Il y a là un diagnostic des plus intéressants à discuter, ne fut-ce même que pour voir si vraiment l'hydroa vacciniiforme mérite de garder son autonomie. En effet, si nombre d'auteurs, anglais surtout, englobent, ainsi que nous l'avons vu, l'hydroa vacciniiforme dans tout le groupe des éruptions d'été, d'autres, frappés surtout par le caractère bulleux de l'affection, ne la considèrent que comme une simple variété de la dermatite polymorphe chronique. Malcom Morris, dans son *Précis des maladies de la peau* (1911) écrit : « Des affections de la peau différant les unes des autres plus ou moins par certains points, mais toutes caractérisées par des éruptions pemphigoïdes accompagnées d'un prurit intense, ont été décrites sous des noms variés par différents auteurs l'Eczéma prurigmosum et herpès circinatus bullosus d'E. Wilson, hydroa puerorum est sans doute peu polymorphe mais l'on y observe encore des plaques erythémateuses, des papules, des vésicules, des bulles, il n'y a jamais de pustules. Non seulement dans l'hydroa vacciniiforme l'éruption est très monomorphe, mais la lésion élémentaire y a une physionomie bien spéciale, qui ne se rencontre pas dans l'hydroa puerorum. Il y a bien une bulle, mais très rapidement cette bulle s'ombilique, et elle laisse après elle une cicatrice varioliforme, ce que ne font pas les éléments de la dermatite herpétiforme ou de l'hydroa puerorum. Cette évolution, cette cicatrice traduisent,

au point de vue anatomo pathologique une nécrose du derme très particulière qui n'a pas été signalée pour les lésions de l'hydroa-puerorum. L'hydroa vacciniiforme n'a souvent pas l'acuité des poussées de l'hydroa puerorum, ni il ne s'accompagne de modification de l'état général, comme cette dernière affection.

En conséquence, de par l'action nette des rayons solaires, de par la topographie bien spéciale des lésions, de par le monomorphisme de l'éruption, de par le caractère bien particulier de ses éléments (bulle ombiliquée, cicatrice varioliforme), il est juste de conserver une autonomie à l'hydroa vacciniiforme et de la distinguer de l'hydroa puerorum de Unna.

L'on peut considérer nettement, d'une part, que l'hydroa vacciniiforme est une dermite de cause externe par action solaire, et, d'autre part, que l'hydroa puerorum se rattache à la dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives.

L'affection semble être identique à ce que Bazin a décrit sous le nom d'hydroa vacciniiforme et Hutchinson sous le nom d'hydroa æstivale. »

Est-il légitime de faire pareille identification? Non, semble-t-il. Les deux affections méritent d'être distinguées.

Sans doute, les points communs sont nombreux : début dans l'enfance, rechutes continuelles avec maximum d'intensité dans la période chaude, atténuation à la puberté et disparition à l'âge adulte, mais il est aussi des différences.

Dans l'hydroa vacciniiforme, l'éruption atteint bien

son maximum d'intensité dans la saison chaude, mais elle apparaît plus spécialement au début du printemps, aux premiers rayons solaires. Cette origine solaire est nette et seules les parties insolées sont le siège de l'éruption. Il n'y a pas cette généralisation, cette dissémination que l'on observe dans l'hydroa puerorum. L'analyse des lésions élémentaires montre des différences certaines entre les deux affections. L'hydroa vacciniiforme de Bazin, hydroa herpétiforme de F. Fox, lempigus prurigimonis de Hardy.

Quoique chacune de ces affections soient décrites par l'auteur qui l'a nommée ainsi avec des caractères propres, elles ne sont autre chose que des variétés de cette maladie extrêmement polymorphe, à laquelle Duhring a donné le nom de dermatite herpétiforme ». Plus loin, envisageant les conditions étiologiques de la dermatite herpétiforme. Plus loin envisageant les conditions étiologiques de la dermatite herpétiforme, à propos de question d'âge, il décrit d'après Unna l'hydroa puerorum; et il l'identifie complètement à l'hydroa vacciniiforme de Bazin.

« Le texte semble être également atteint dans la dermatite herpétiforme, et aucun âge n'en est exempt. Unna a décrit une variété de cette affection qu'il considère comme spéciale à l'enfance, et pour laquelle il a, en conséquence, proposé le nom d'*hydroa puerorum*. Voici, d'après lui, ce qui en constitue les caractères distinctifs :

1°) L'affection débute dans les premières années de la vie ; 2° des rechutes continuelles se font pendant l'enfance ; 3° l'attaque atteint son maximum d'inten-

sité dans la saison chaude ; 4° le polymorphisme de la lésion n'a pas un caractère aussi marqué que dans la dermatite herpétiforme ordinaire ; 5° l'éruption consiste plus exclusivement en érythème papuleux, en vésicules, et en bulles ; 6° contrairement à ce qui est la règle chez les adultes, le prurit est un symptôme beaucoup moins marqué que la douleur ; 7° l'état aigu des poussées est un fait caractéristique ; 8° la santé générale est atteinte, même avant l'apparition de l'éruption ; 9° les attaques deviennent progressivement moins sévères, à mesure que l'âge de la puberté approche ; 10° la maladie disparaît ou devient extrêmement atténuée dans l'âge adulte ; 11° les garçons sont plus sensibles à l'affection que les filles.

CHAPITRE VIII.

Traitement.

C'est surtout un traitement *prophylactique* : il n'y a guère d'autres moyens pour se défendre de cette affection que de garantir les parties exposées au soleil.

Les sujets prédisposés à l'hydroa vacciniforme ne sortiront, pendant la belle saison, que la face et les mains recouvertes.

Bowen, Unna, préconisent le port permanent d'une voile fine rouge, jaune ou verte, absorbant les rayons chimiques du soleil. On portera des gants épais ; on fera usage de pâtes et de pommades protectrices.

Bazin avait reconnu des propriétés spéciales aux eaux alcalines et celles de Bourbonne, en particulier, lui avaient donné la guérison d'un malade qu'il traitait inefficacement depuis longtemps :

Graham propose de protéger les parties extérieures et d'assurer la bonne nutrition des tissus.

Lorsque l'éruption est apparue, il est difficile de l'enrayer ; tous les procédés médicamenteux employés n'en abrègent pas l'évolution, si le traitement prophylactique n'intervient pas.

R. Crocker a conseillé de piquer les vésicules dès leur apparition, de les vider et de les recourir d'iodoforme pulvérisé ou dissout dans l'éther.

Eddoves, se basant sur ce fait que la nécrose est due à la pression du liquide exsudé dans l'épidermo-dernie, propose d'inciser l'élevure au début de sa formation pour en diminuer la tension.

Actuellement, il semble que le vrai et le seul traitement consiste à se défendre contre les agents extérieurs ; les sujets à épiderme sensible se recouvriront le visage et la nuque de pommades ou de pâtes absorbantes.

Treund, se basant sur les recherches de Unna, préconise la préparation suivante à base d'esculine :

Amidon de froment.....	10 gr.
Eau	10 gr.
Esculine	2 à 4 gr.
Solution aqueuse de soude à 10 %.....	VIII g ^{tes}
Glycérine chauffé à 110°.....	100 gr.

le tout à consistance de pâte épaisse.

L'auteur affirme qu'il a obtenu les meilleurs résultats contre les effets du spectre chimique, en enduisant les malades avec cette préparation ;

Lanoline.....	} aa 10 gr.
Vaseline.....	
Chlor. de quinine.....	0.30 cgr.

Quand les croûtes seront formées, on fera un traitement banal par les corps gras : cold-cream, poudrages antiseptiques.

Faucher préconise les pulvérisations tièdes et fréquentes avec une solution révorcinée à 1 %.

Audry active la cicatrisation après chute des croûtes, en appliquant sur le derme dénudé des petites compresses de lint, imbibées de vin aromatique.

Si l'éruption devient impetigineuse, on fera des lavages avec l'eau d'Alibour étendue de 1/10 et on appliquera de la pommade à l'oxyde jaune (oxyde jaune de Hg 1 gr., Lanoline 50 gr.).

Enfin, certaines régions devront être soigneusement évitées, soit à cause de l'ardeur intense du soleil à certaines époques (le Midi par exemple), soit à cause de l'air trop vif qui y règne (montagnes).

En résumé, le traitement de l'hydroa vacciniiforme consistera à protéger les parties découvertes chez les sujets prédisposés à cette maladie. Cette protection se fera par l'usage de pâtes ou de pommades convenablement choisies. L'éruption apparue, le sujet gardera la chambre, fera des poudrages, s'enduirra de corps gras.

Observations

OBSERVATION I (BAZIN).

R..., âgé de 8 ans 1/2, entre au pavillon Saint-Mathieu le 20 avril 1868. Le petit malade ne peut donner aucun renseignement sur la santé de ses parents. Quant à l'affection qu'il présente, il dit qu'elle existe depuis longtemps, qu'elle n'a jamais siégé que sur la face et le dos des mains, qu'elle se guérit souvent, mais revient peu après. Il ne peut préciser sous quelle influence apparaît cette éruption.

La poussée actuelle a débuté il y a quinze jours environ ; il y avait trois semaines qu'il était guéri.

Malgré cette affection, son état général a toujours été bon. A l'arrivée du petit malade, l'éruption occupe surtout le dos du nez et ses parties latérales ; sur le front, près des sourcils et sur les joues, on trouve également quelques éléments éruptifs isolés.

Tous ces points sont couverts de croûtes assez larges, brunâtres et jaunâtres, cohérentes et rugueuses. En outre,

ça et là, sur la limite des croûtes précédentes, se remarquent quelques éléments à une période moins avancée et consistant ici dans des vésicules remplies de sérosité, là ombiliquées et remplies d'un liquide jaunâtre et purulent.

Sur la région frontale et sur presque toute la face, dans les régions qui ne sont pas le siège de l'éruption, la surface cutanée présente une multitude de petites cicatrices blanchâtres et déprimées, analogues à des cicatrices de variole ou de vaccine, indices des éruptions qui ont existé antérieurement.

Sur le dos des mains, de chaque côté, au niveau du premier et du second espace interosseux, on observe de larges plaques croûteuses analogues à celles de la face, et plus en dehors cinq ou six vésico-pustules ombiliquées, et à différents degrés d'évolution. Les parties environnantes sont complètement à l'état normal sans gonflement, ni rougeur, ni démangeaisons, et les picotements sur les régions affectées sont peu marqués, on n'observe aucune trace de grattage. L'enfant est d'un tempérament robuste et toutes ses fonctions s'exécutent normalement.

Comme traitement : Cataplasmes de fécule pour faire tomber les croûtes, suivis de l'application de poudre d'amidon, sirop alcalin à l'intérieur et purgatifs légers répétés.

Le 5 juin, l'affection s'est améliorée, les croûtes sont tombées et ont été suivies de cicatrices analogues à celles qui existaient déjà, et le petit malade ne présente plus que ces cicatrices comme traces de son éruption.

(Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse), 1868, p. 460.

OBSERVATION II (HUTCHINSON).

Garçon de 8 ans, atteint pour la première fois à l'âge de 2 ans ; depuis lors, l'éruption a récidivé chaque année au printemps, se prolongeant jusqu'à la Noël. L'éruption siégeait sur la face, le dos des mains ; une année, elle a eu tendance à se généraliser. L'éruption est constituée par des bulles de la grosseur d'un pois et survient toujours après une exposition au soleil.

(*Clinical Society's transactions*, vol. XXII, 1888).

OBSERVATIONS III et IV (ALLAN JAMIESON).

Histoire de deux garçons âgés de 15 et 18 ans, ayant eu leur première atteinte à 3 et 13 ans. Chez tous deux, les lésions siègent sur le visage, le cou, le dos des mains et les jambes lorsqu'elles étaient nues. Les éléments éruptifs étaient représentés par des vésicules devenant croûteuses et laissant des cicatrices. L'éruption récidivait chaque été.

(*The Lancet*, 18 août 1888).

OBSERVATION V (HANDFORD).

Enfant de 7 ans. Début de l'éruption à 2 ans. Siège sur les oreilles, le dos des mains. Vésicules devenant croûteuses et laissant des cicatrices. Récidives chaque été.

(*Illustrated Medical News*, octobre 1889).

OBSERVATION VI (C. BERLINER).

Homme de 23 ans, atteint depuis l'âge de 4 ans, avec récurrence chaque année au printemps. Les parties affectées sont la face, le dos des mains, les régions découvertes de l'avant-bras. Vésicules et croûtes laissant après elles des cicatrices déprimées.

(*Monatshefte für Praktische Dermatologie*, 1890, pp. 449 et 480).

OBSERVATION VII (THEODOR BURI).

Fille de 5 ans. Début avant l'âge de 4 ans. La première éruption apparut sur le nez, formée de vésicules se recouvrant de croûtes et laissant des cicatrices. L'été suivant, elle reparut, étendue cette fois aux joues, au dos des mains et aux genoux qui étaient découverts et laissa des cicatrices comme la première atteinte.

(*Monatshefte für Praktische Dermatologie*, 1891, p. 181).

OBSERVATION VIII (T. BROES VAN DORT),

F..., 30 ans, atteint depuis l'âge de 12 ans, chaque année au printemps. Eruption bulleuse (bulles de la grosseur

d'un pois), siégeant sur la face, devenant croûteuse et laissant des cicatrices peu marquées.

(*Monatshefte für Praktische Dermatologie*, 1^{er} mars 1892, p. 185).

OBSERVATION IX (H.-G. BROOKE).

Garçon, 18 ans, atteint depuis plusieurs années, pendant l'été, d'une éruption vésico-pustuleuse formant des croûtes et laissant des cicatrices varioliformes. Siège habituel à la face et aux mains. S'étant une fois promené sans chaussures, ni bas, la même éruption survint aux pieds et aux jambes.

(*British Journal of Dermatology*, 1892).

OBSERVATION X (RADCLIFFE CROCKER).

Garçon, 14 ans, atteint chaque été, depuis l'âge de 5 ans, au visage et aux mains d'une éruption typique.

(*Diseases of the skin*. 2^e édition, 1893).

OBSERVATION XI (Fox).

Jeune fille, âgée de 15 ans, présentant une éruption papulo-vésiculeuse (*Hydroa æstivale*) affectant la face et les

oreilles et laissant des cicatrices. Récidive chaque été depuis 5 ans.

(British Journal of Dermatology. — Notes on the meetings of the dermatological society of London Sitting of october 11th 1893),

OBSERVATION XII (BOWEN),

Enfant, 10 ans, atteint pour la première fois à l'âge de 5 ans, pendant l'été. Récidives nombreuses pendant les mois d'été et après exposition du sujet aux rayons solaires. Lésions limitées à la face et aux mains ; la poussée est précédée parfois de nausées, de vomissements ; il y a toujours un léger prurit. L'enfant, d'aspect anémique, a la figure couverte de cicatrices nombreuses, semblables à celles de la variole. Les plus profondes se trouvent sur le nez et les pommettes, et le nez en paraît aminci. Le front est moins atteint, les cicatrices diminuent peu à peu à mesure que l'on approche de la racine des cheveux ; les oreilles en sont couvertes, surtout vers l'hélix.

Les lésions en activité sont constituées par de petites papules rouges, qui deviennent vésiculeuses à leur sommet, puis vésiculo-pustuleuses. La plupart restent en cet état, mais d'autres continuent à grandir, de sorte qu'elles deviennent des élevures vésico-pustuleuses arrondies, avec une dépression ombiliquée à leur centre, tout autour de laquelle se voit une couronne de liquide plus ou moins clair ou louche, entouré lui-même d'un halo érythémateux. Le centre déprimé a une teinte d'un bleu sombre, presque noirâtre. Ces éléments peuvent être confluents, comme cela se voit nettement aux oreilles.

A mesure que la lésion évolue, le centre se recouvre d'une croûte épaisse, noirâtre, très adhérente, qui après sa chute laisse une cicatrice arrondie, d'abord d'un rouge sombre. Des lésions nouvelles peuvent se former sur des cicatrices anciennes. Sur la face dorsale de chaque main se voient douze à quinze dépressions avec une ou deux petites lésions vésiculeuses. On n'en trouve pas une seule plus haut que le poignet. Tout le reste du corps est indemne. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont très tuméfiés, il est de même des inguinaux; les autres sont normaux. Les muqueuses sont saines.

Bowen donne, en outre, le premier examen histologique.

(Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, mars 1894, p. 89).

OBSERVATION XIII (C. БОЕCK).

I

Garçon de 9 ans. Lésions sur les deux joues, le front, les bords et la face antérieure des oreilles. Récidive trois étés de suite.

Vésicules dont la grosseur varie d'une tête d'épingle à un pois.

Mêmes lésions sur le dos de la main droite.

Sur les régions indiquées, cicatrices plus ou moins profondes.

II

Garçon de 3 ans 1/2. Première éruption il y a deux ans, quand l'enfant fut porté à l'air libre pour la première fois.

Eruption papuleuse et vésiculeuse sur le nez, les joues, les mains et les avant-bras, qui laissa des cicatrices. L'affection revient au printemps et en été.

III

Garçon de 12 ans. Début de l'affection vers 4 ans. Récidive annuelle l'été, sur les oreilles, le nez, menton et joues. Vésicules, croûtes et cicatrices très marquées.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1894, p. 22).

OBSERVATION XIV (BROcq).

Femme de 30 ans, qui depuis son enfance ne peut s'exposer aux rayons du soleil, surtout au printemps et en été, sans voir immédiatement sa figure et ses oreilles se couvrir d'une éruption des plus intenses.

Aspect vésiculeux des lésions, reposant sur une base rouge, de la grosseur d'une petite lentille à celle d'un gros pois. Les plus petits éléments, et probablement les plus récents, étaient d'un blanc un peu opalin, transparents, comme perlés. Les plus volumineux avaient au centre une teinte d'un brun bleuâtre assez foncé.

En piquant avec une aiguille, issue de liquide clair. Toutes ces lésions reposaient sur un fond couperosé rouge erythémateux. Nombreuses cicatrices blanchâtres, légèrement déprimées, rappelant celles de la variole dans toutes les régions signalées plus haut.

Les symptômes subjectifs éprouvés par la malade consistaient en sensation de cuisson et de brûlure, pénible seulement au moment de l'apparition de l'éruption.

Elle affirmait souffrir de récidives incessantes depuis son enfance. Il lui suffit de s'exposer pendant quelques instants le visage découvert à l'action des rayons du soleil, d'un vent violent, pour voir se produire au bout de quelques heures des lésions cutanées. Si les mêmes causes irritantes continuent à agir, il se produit de nouveaux éléments. Si, au contraire, elle reste enfermée chez elle, tout disparaît rapidement.

Pour avoir confirmation de ses dires, nous la priâmes de rester chez elle et de ne sortir que pour venir nous voir à la Clinique.

Le 4 avril. — Les lésions s'étaient desséchées, avaient formé des croûtes jaunâtres, un peu noirâtres au centre des éléments les plus volumineux.

Le 9 avril. — Tout avait disparu, soit quinze jours après le début de la poussée. Il ne restait qu'un peu de rougeur et des cicatrices.

(Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1894, p. 1113).

OBSERVATION XV (JULIANO MOREIRA).

I

Maria B..., 19 ans. La maladie a débuté en janvier 1880, qui est le milieu de l'été au Brésil, et depuis a apparu aux chaleurs pour disparaître l'hiver.

Les régions découvertes sont seules atteintes. Le front fut d'abord pris, puis le menton, les joues, les oreilles et le dos des mains. Les lésions consistaient en vésicules de la

grosseur d'une tête d'épingle à un pois, ou de bulles aplaties de mêmes dimensions.

Coloration brune au centre, croûte brunâtre qui, en tombant, laissa des cicatrices. Le repos à la chambre et les applications de poudre de dermatol amenèrent rapidement la guérison.

II

Fillette qui, à l'âge de 2 ans, commença une éruption estivale disparaissant en automne et en hiver et qui revient ainsi chaque été. Eruption sur les régions exposées à l'air : joues, nez, menton, front, avant-bras furent pris. Papules recouvertes d'un soulèvement épidermique vésiculeux et bulleux. Quelques jours après leur apparition, il se formait une dépression au centre, siège bientôt d'une croûte brunâtre qui, par extension, finissait par occuper toute l'étendue de l'élément papulo-vésiculeux. Cicatrice consécutive à la chute de la croûte. Guérison par le repos à la chambre et des lavages antiseptiques.

(British Journal of dermatologie, 1895, p. 230).

OBSERVATION XVI (J.-E. GRAHAM).

A. B..., fillette de 6 ans. Depuis l'âge de 4 ans, éruption spéciale apparaissant chaque été quand elle s'exposait au soleil, et affectant les parties découvertes. Les mains étaient épargnées si l'on avait soin de faire porter des gants à l'enfant. Les lésions consistaient en des vésicules et pustules dont quelques-unes offraient une ombilication très nette. Cicatrices consécutives à leur guérison.

L'éruption s'est également montrée en hiver, après exposition au soleil en temps de neige. Une année, l'enfant étant malade dans sa chambre, à l'abri du soleil, fut frappée par un courant de vent chaud entrant par la fenêtre, une récurrence survint.

L'affection entra spontanément en décroissance, lorsque la malade eut atteint l'âge de 13 ans. A 18 ans, ces éruptions pustuleuses avaient totalement disparu.

(Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, 1896, p, 41).

OBSERVATION XVII (MIBELLI).

P. G..., garçon, 12 ans, malade depuis l'âge de 6 ans, avec récurrence chaque année au printemps. L'éruption, constituée par des vésicules, des croûtes, laisse des cicatrices vacciniiformes. Elle siège sur la face et le dos des mains. Chaque année elle a récidivé, sauf en 1895 : l'enfant, malade, garda la chambre tout l'été. -

(Giornale italiane dei Malatt. vener i de la pella, 1897, page 190).

OBSERVATION XVIII (WHITE).

I.

Jeune fille, chez laquelle la maladie a débuté à 8 mois, pendant l'hiver, et depuis lors l'éruption reparait tous les

ans en novembre et disparaît en avril ; elle occupe la face, les oreilles, les mains, les avant-bras, les pieds et les jambes. Elle est composée de vésicules de la grosseur d'un pois, qui sèchent ou quelquefois suppurent, mais dans tous les cas, laissent une cicatrice. Les parties atteintes en sont criblées.

II.

Garçon qui, depuis les premiers mois de son existence, a une éruption bulleuse ressemblant à du pemphigus, qui occupe la face, les mains, les bras, les pieds. Un grand nombre de lésions suppurent ou deviennent ecchymotiques, puis elles laissent des cicatrices profondes. Les poussées éruptives se font en toutes saisons, mais surtout par les temps froids.

L'examen des urines, fait par le professeur Wood, a été négatif. Pas de coloration vin de Bourgogne, pas de pigments d'urohématoporphyrine. L'examen hématologique a montré de 8 à 15 p. 100 d'eosinophiles et jusqu'à 93 p. 100 dans le liquide des vésicules.

(Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, 1898, p. 514).

OBSERVATION XIX (MAC CALL ANDERSON).

Les deux malades sont deux frères, âgés de 23 et 26 ans. Début de l'affection à 3 ans. Eruption se localisant aux parties découvertes, apparaissant au commencement de l'été, disparaissant au début de l'hiver. Vésicules et bulles qui, en guérissant, laissent une cicatrice.

Chez les deux frères, les urines ont une couleur rouge vin de Bourgogne. Elles ont une réaction acide, ne contenant ni protéines, ni pigments biliaires, ni hémoglobine. L'urobiline normale est remplacée par un pigment rouge foncé présentant au spectroscope quatre bandes d'absorption. Après traitement par l'acide sulfurique, on trouve les bandes d'absorption de l'hématoporphyrine acide. Il s'agit donc d'un pigment dépourvu de protéides et de fer, et très voisin de l'urohématoporphyrine.

(*British Journal of Dermatology*, 1898, p. 1).

OBSERVATION XX (LEDERMANN).

Garçon de 13 ans chez lequel, depuis l'âge de 1 an, il survient sur les parties découvertes du corps, dès qu'elles sont exposées au soleil, des bulles qui guérissent en laissant des cicatrices, les unes superficielles, les autres profondes et pigmentées. Quand le malade marche pieds nus, les pieds sont aussi atteints. L'affection se manifeste surtout d'avril à septembre; toutefois, en hiver, dès qu'il fait soleil, de nouveaux symptômes apparaissent.

(*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1900, p. 1248. C. R. Bertiner *Dermatologische gesellschaft*, 7 mars 1899).

OBSERVATION XXI (EDDOVES).

Fillette de 6 ans. Depuis l'âge de 3 ans, éruption qui dure toute la saison chaude; elle occupe les parties découvertes;

débute par une petite papule rouge qui grandit, s'ombilique, forme une croûte qui tombe en laissant une cicatrice.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'une inflammation œdémateuse et nécrosante débutant dans les parties supérieures du derme et atteignant l'épiderme secondairement.

(British Journal of Dermatology, 1902, p. 225).

OBSERVATION XXII (RASH).

1^o Femme de 23 ans. Début à 4 ans. Récidive chaque été. Quelques poussées pendant les journées ensoleillées d'hiver. Eruption vésiculeuse laissant des cicatrices.

2^o Femme de 24 ans. Début à 7 ans. Récidive chaque été. Eruption typique laissant des cicatrices.

*(Meddellser fra Kommune hospitalets poliklinik for
Hudsygdomme op veneriske sygdomme Kobenham.
Cf. thèse d'Ikeda).*

OBSERVATION XXIII (MAGNUS MOLLER).

Garçon de 11 ans. Première atteinte à 5 ans. Récidive annuelle chaque printemps. Lésions sur les parties découvertes et sur les yeux ; vésicules, croûtes laissant des cicatrices.

(Bibl. medic. Stuttgart, 1900).

OBSERVATION XXIV (REICHEL).

Garçon de 13 ans. Début à 1 an. Récidive annuelle d'avril à septembre. Vésicules, croûtes aux parties découvertes et aux yeux. Cicatrices varioliformes, cicatrices cornéennes.

(*Verhaudl. des deutsch. dermat. gesells. VI Congress 1899.*

Th. Ikeda).

OBSERVATION XXV (COLCOTT FOX).

Fillette 7 ans, atteinte depuis sa naissance, récidive chaque printemps. Siège sur les parties découvertes. Cicatrices consécutives.

(*British Journal of Dermatology 1897).*

OBSERVATION XXVI (MALINOWSKY).

Enfant de 6 ans. Début à 3 ans. Vésicules ombiliquées, croûtes, cicatrices vacciniiformes sur le front, le nez, les joues, les oreilles, le dos des mains. Le sang renferme 3 % d'éosinophiles.

(*Gazetta Lekarska, 18 fév. 1905).*

OBSERVATION XXVII (EHRMANN).

S. S..., 31 ans, atteint depuis l'enfance; récurrence annuelle. La face et le dos des mains sont le siège de vésicules, de croûtes, cicatrices.

(*Archiv für dermatologie und syphilis* 1905, *bd LXXVII*, p. 163).

OBSERVATION XXVIII (E. CONSTANTIN).

Garçon de 12 ans, dont la première atteinte remonte à un an. Elle consistait en bulles remplies de sérosité siégeant sur les parties découvertes. Leurs dimensions allaient du diamètre d'un gros pois à celui d'une pièce de deux francs. L'évolution se fit ainsi : d'abord taches rouges comparées à des piqûres de puces, puis apparition de bulles claires à contenu limpide, devenant plus tard louche et purulent, finissant par se dessécher en laissant une cicatrice légèrement déprimée, ressemblant à des cicatrices vaccinales.

L'éruption actuelle a commencé à apparaître le 1^{er} juin 1905. A son réveil, le jeune V... a remarqué des taches rouges sur le dos et la paume des mains, la face et les pieds, quatre ou cinq jours plus tard, des vésicules claires ont apparu sur les taches préexistantes et trois jours après le malade entra à l'hôpital.

A l'examen, on note de nombreuses bulles sur le visage. Certaines sont rompues et recouvertes d'une croûte noirâtre, sous laquelle suinte un liquide purulent; d'autres sont nettement ombiliquées à leur centre. Les mains et les

pieds sont également atteints. Après la chute des croûtes, il reste une cicatrice vacciniiforme.

Le 25 juin, l'éruption de ce malade était terminée. Le traitement employé a consisté en incisions des grosses bulles suppurées, pansements locaux à la vaseline boriquée pour faire tomber les croûtes, bains amidonnés.

Les urines n'ont jamais présenté la teinte vin de Bourgogne, leurs caractères et leur quantité étaient physiologiques, elles ne contenaient aucun élément anormal.

A l'examen du sang, il existe une leucocytose marquée et polynucléaire, sans éosinophilie.

(Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1905, p. 927).

OBSERVATION XXIX (F. MOLINOWSKY).

Garçon de 7 ans présentant une éruption immédiatement après l'action des rayons solaires sur les parties découvertes du corps ; marche caractéristique de l'éruption : papulo-vésicules, vésicules ombiliquées, croûtes, cicatrices varioliformes.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis 1906, t. LXXVIII, p. 199).

OBSERVATION XXX (GAUCHER ET DRUELLE).

K... Marie, 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 29 mars 1909.

Les altérations cutanées ont débuté en mars 1907.

Après une exposition au soleil et à l'air vif, la malade vit survenir une éruption avec éléments bulleux occupant le menton, le nez, les joues, la face dorsale des mains. Ces éléments s'agrandirent, devinrent suintants et croûteux et persistèrent trois mois. L'éruption laissa des macules cicatricielles sur les régions où elle s'était développée. Aucune poussée nouvelle jusqu'en juillet 1908. A cette date apparut une éruption analogue, occupant les mêmes régions et qui fut suivie également de cicatrices. Cette seconde poussée persista jusqu'en décembre 1908.

Depuis huit jours est apparue une nouvelle poussée plus intense que les premières, survenue après une exposition prolongée au soleil. Apparition de points rouges sur la face et le dos des mains et des poignets, puis des points rouges se sont agrandis et développés pour donner lieu à des lésions adultes. Ces éléments éruptifs sont du type bulleux, mais sont pour la plupart constitués par des bulles de petites dimensions. Elles sont fortement saillantes et sont le plus souvent entourées d'une zone rouge circulaire. A ce stade éruptif, qui semble constituer leur parfait développement, la plupart des bulles présentent une ombilication centrale, le plus souvent nettement apparente ; chez d'autres, cette ombilication n'est qu'à l'état d'ébauche.

Le liquide contenu dans ces bulles est louche. A leur partie centrale, certains éléments bulleux présentent une coloration tendant au bleu sombre.

D'autres éléments sont à la période de dessication et se recouvrent d'une croûte noire à début central.

Sur la face, les bulles sont accumulées sur le menton, les joues, le front, le nez et les oreilles. Sur l'aile gauche du nez, elles semblent à leur maximum ; les bulles y sont fusionnées pour former un placard polycyclique recouvert

d'une croûte noirâtre. Sur les oreilles, les lésions sont moins marquées. Sur la face dorsale des mains et des poignets, les éléments éruptifs sont un peu plus saillants que sur la face : leur partie centrale ne semble pas renfermer une sérosité louche, mais paraît infiltrée par un exsudat hémorragique, plus marqué à la périphérie.

Les cicatrices occupent rigoureusement les mêmes régions que les bulles ; elles sont arrondies, blanchâtres. Sur les mains, elles sont plus grandes et bon nombre d'entre elles ont une teinte pigmentaire brunâtre.

Les muqueuses buccale et conjonctivale ne présentent aucune altération récente ou ancienne.

L'éruption ne provoque que des troubles subjectifs minimes. La malade ne se plaint que d'un prurit très modéré sur les régions atteintes. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires. L'état général est satisfaisant.

Le traitement local de l'éruption consiste uniquement en pulvérisations quotidiennes avec une solution resorcinée à 1 %.

Le 17 avril 1909, l'éruption a presque disparu. A la face, on voit les reliquats cicatriciels de la dermatose.

Le 4 juin, l'éruption est disparue et le malade sort de l'hôpital en bon état.

(Annales de la Société de dermatologie et de syphiligraphie. Avril 1909, p. 118).

OBSERVATION XXXI (BALZER et GUÉNOT).

G. D..., 10 ans, entre le 3 mai 1909 à St-Louis, pour une éruption dont la première atteinte remonte à 6 ans (1903).

Depuis, tous les ans est survenue une nouvelle poussée qui disparaît à la fin de l'été.

L'éruption siège aux parties découvertes ; elle a respecté les oreilles et la nuque, qui sont recouvertes par les cheveux de la petite malade.

Le dos du nez est presque entièrement recouvert d'une croûte sèche, brune, irrégulière et adhérente. Les joues présentent un assez grand nombre d'éléments à des périodes d'évolution différentes ; plusieurs sont confluentes, la plupart sont recouverts d'une croûte jaunâtre avec ombilication centrale.

Aux poignets et aux mains, nombreux éléments. Rien sur les avant-bras, car ce printemps, la malade avait des manches longues, mais ils sont couverts d'une multitude de petites cicatrices blanchâtres, presque confluentes, la malade ayant autrefois porté des manches courtes.

L'état général est bon. Pas de douleur ; léger prurit parfois.

Le sang est normal, sans modification de l'équilibre leucocytaire, pas d'eosinophilie. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La malade sort le 27 mai ; comme traitement, on lui a enduit les mains et le visage de pommade à la quinine à 5 p. 100.

(*Bulletin Société française de Dermatologie*, 10 juin 1909, p. 240).

OBSERVATION XXXII (GALEWSKY).

Enfant de 14 ans dont l'affection a commencé à 7 ans et qui récidive chaque année au début de mars pour persister

jusqu'à la fin de septembre. Le cou, le visage et le dos des mains sont atteints. L'éruption a laissé des cicatrices d'une intensité extraordinaire au visage.

(*Archiv für Dermatologie*. t. XCIV, p. 137, 1909).

OBSERVATION XXXIII (RADAELI).

Description d'un cas typique d'hydroa vacciniforme, avec hématorporphyrine dans les urines, chez une jeune fille de 18 ans.

(*Boll. d. Clin. Ur.*, 10 oct. 1910).

OBSERVATION XXXIV (MUCHA).

Mucha présente un cas d'hydroa vacciniforme, avec altérations typiques aux oreilles, au nez, ainsi qu'au dos des mains.

(*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, CIX, p. 229. C. R. Wiener dermatologische Gesellschaft).

OBSERVATION XXXV (TÉRÉBENSKY).

Jeune homme atteint d'hydroa vacciniforme. La maladie a débuté il y a 10 ans, après une fièvre scarlatine. Nom-

breuses cicatrices. L'affection récidive chaque printemps et cesse en automne.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, CIX. p. 538. C. R.
Séance assemblée russe),

OBSERVATION XXXVI (GROSS),

Malade de 39 ans qui, depuis sa plus tendre jeunesse, est atteinte d'éruption vésico-papuleuse aux mains et au visage, avec récidive annuelle pendant les mois ensoleillés.

Comme résidu de l'ancien processus, on note des cicatrices très apparentes au visage. Dégâts marginaux aux oreilles dont le bord est presque détruit. Les urines montrent une hémato-porphynurie évidente.

(*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1910. t. CV, p. 266,
Nerhaudlung der Wiener dermatologische Gesellschaft,
9 nov. 1910).

OBSERVATION XXXVII (Pr. NICOLAS et H. MOUTOT).

G... Gabriel, 17 ans, est hospitalisé le 26 avril 1911, dans le service de M. le Professeur Nicolas, pour une éruption bulleuse siégeant à la face et sur les mains, éruption récidivant depuis sept ans au début du printemps et en août.

A. H. — Rien de particulier à noter. Le malade ne connaît aucune personne de sa famille prédisposée à la même affection, ou à toute autre affection cutanée.

A. P. — Le malade ne paraît que très peu documenté sur

son état de santé antérieur. Il ne sait s'il a eu la rougeole ou la scarlatine, point sur lequel il est insisté à cause de l'albuminurie ci-dessous signalée.

Le début de l'affection actuelle remonte à il y a sept ans. A ce moment, au printemps, le malade vit pour la première fois apparaître une éruption sur les parties découvertes : face, cou, mains, pieds ; il allait alors nu-pieds. Elle eut d'emblée un caractère bulleux qu'elle a conservé dans la suite.

Cette première poussée, pas plus que les suivantes d'ailleurs, ne semble s'être accompagnée d'un état général marqué. Il ne paraît pas non plus y avoir eu d'état prodromique avec fièvre.

Depuis ce moment, très régulièrement, le malade accuse deux poussées par an : l'une au printemps, dès le début d'avril ; souvent l'autre au mois d'août. Ces poussées coïncident avec une exposition au soleil.

Dans leur intervalle, quelques éléments apparaissent. Lorsque l'été se prolonge, il se fait parfois une poussée en septembre. Les éléments se montrent toujours sous un même type clinique : lésion bulleuse avec une même évolution à la dépression et à la cicatrice varioliforme.

Au point de vue de l'évolution générale de l'affection, le malade accuse un caractère d'aggravation se traduisant par une abondance des éléments de plus en plus grande à chaque poussée.

Au point de vue de chaque poussée, il se produit d'emblée une éruption sur toutes les parties découvertes (tant que le malade a marché pieds nus, il a eu des lésions à ce niveau). Mais de nouveaux éléments continuent à apparaître chaque fois qu'il s'expose au soleil.

Etat actuel. 29 avril 1911. — L'éruption présente une topographie absolument nette, seules les parties découvertes sont atteintes :

La face présente des lésions dans presque toute son étendue ; sont atteint, le nez, les joues, la lèvre inférieure, les oreilles.

Le front, les paupières, le cuir chevelu, la cavité buccale sont indemnes.

Au cou : les lésions sont nombreuses ; elles s'arrêtent brusquement à la limite du col de la chemise.

Les mains, les doigts, les poignets sont atteints sur leur faces dorsale et latérales. Là encore la limite supérieure est d'une netteté parfaite, marquée par la manchette de la chemise.

Au point de vue objectif, il s'agit avant tout d'une éruption dont la *lésion élémentaire* est une *vésico-bulle*. C'est cette lésion que l'on retrouve partout, à divers stades d'une évolution spéciale, avec dépression centrale, ombilication, croûte et cicatrisation caudiforme.

A l'heure actuelle, sur la face dorsale des doigts et sur les bords de la main, l'on retrouve encore quelques éléments jeunes. Il en est quelques-uns, encore à l'état simplement vésico-bulleux, petites lésions globuleuses du volume d'un grain de mil à une lentille, assez tendues, dont le toit épidermique n'a pas encore de dépression centrale accusée, dont le contenu est séreux, mais rarement complètement limpide, le plus souvent un peu louche, parfois hémattique.

A côté d'eux se voient d'autres éléments un peu plus âgés, lenticulaires, dont le centre est très nettement ombiliqué. De ces éléments, les uns ont encore leur contenu liquide, d'aspect trouble, les autres sont desséchés, le centre déprimé, occupé par une petite croûte. D'autres, tout en conservant cette dépression centrale, sont occupés dans toute leur surface par une croûte noire sanguine.

D'une façon générale la bulle repose sur une zone érythémateuse qui la déborde légèrement.

Au niveau du dos de la main, des oreilles, nombre d'éléments sont plus étendus en surface. Il y a une dépression centrale marquée, puis tout autour il s'est fait un décollement rapide, unique, assez étendu comme dans l'ecthyma superficiel, l'élément gardant bien, malgré cela, son type primitif d'hydroa vacciniiforme.

Quelques éléments du dos de la main se sont infectés secondairement, et ont pris le type de pyodermites, un peu végétantes par place.

Au niveau de la face, les lésions ont déjà évolué presque complètement, il n'en persiste plus comme reliquat qu'une certaine collerette épidermique centrée par une dépression cicatricielle.

Malgré le nombre relativement grand des éléments à chaque poussée, malgré l'apparition de nouvelles lésions, on ne note pas de coalescence, les éléments ne laissent entre eux que de faibles intervalles de peau saine, mais ils conservent leur individualité.

En somme, la lésion élémentaire de l'affection est caractérisée au début par une vésico-bulle, d'abord limpide, tendue, puis dont le contenu se trouble, le centre se déprime, s'ombilique, véritable pustule d'aspect vacciniiforme, qui par son évolution ultérieure laisse une cicatrice déprimée varioleuse, toutefois moins creusée, plus esthétique que celle de la variole.

Cependant, par suite de la répétition des poussées, il s'est fait un état cicatriciel marqué, avec amincissement du nez et du bord des oreilles, celui-ci devenu irrégulier.

Les poussées ne s'accompagnent d'aucun phénomène subjectif : pas de prurit ni sensations de cuisson, ni sensations analogues à celles de l'érythème solaire ordinaire.

L'évolution de la poussée se fait en 15 jours; 3 semaines, mais l'exposition au soleil ramène de nouvelles lésions. Pas de ganglions.

La poussée ne s'accompagne d'aucun état général. Pas de fièvre.

Les urines sont claires, de coloration jaune ambré, normales, non foncées. Elles contiennent 0 gr. 25 à 0 gr. 30 d'*albumine* par litre. L'on a aucun renseignement sur cette albuminurie, le malade ne peut dire s'il en présentait déjà lors des poussées précédentes. L'on ne retrouve aucune affection antérieure pour l'expliquer.

Le cœur est normal. Pas d'hypertension.

2 mai. — Par le repos l'albuminurie a diminué, mais non disparu. Sous l'influence de la mise à l'abri de la lumière solaire et de poudrages, l'éruption s'est considérablement atténuée, et de nouvelles lésions ne sont pas réapparues.

CONCLUSIONS

I. — Il existe un syndrome dermatologique parfaitement défini sous le nom d'hydroa vacciniiforme. Il est caractérisé par une éruption siégeant sur les parties découvertes du corps ; éruption à éléments vésiculo-pustuleux, laissant par leur évolution une cicatrice déprimée varioliforme traduisant une nécrose spéciale du derme ; enfin, cette éruption apparaît dans l'enfance, récidive par poussées au printemps, sous l'influence de la lumière solaire.

II. — Ces caractères bien nets, que l'on retrouve dans toutes les observations, permettent ainsi d'isoler un type clinique, mais ils sont insuffisants pour permettre de distraire complètement l'hydroa vacciniiforme du groupe plus général des dermatoses dites « éruptions d'été récidivantes ».

Mais par contre, semble-t-il, l'on n'est pas autorisé à identifier l'hydroa vacciniiforme de Bazin avec l'hydroa puerorum d'Unna. Malgré quelques points

communs, il existe des caractères distinctifs nets entre les deux affections qui ne peuvent même pas être considérées comme deux formes voisines.

On peut considérer que sous l'influence de la lumière solaire (et cela semble se vérifier expérimentalement par l'action de diverses lumières électriques), on peut avoir toute une série de lésions plus ou moins profondes, plus ou moins passagères ou persistantes, allant de simples lésions érythémateuses jusqu'aux lésions pustulo-nécrotiques qui donneraient ainsi le dernier terme de la série : l'hydroa vacciniforme.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu :

POUR LE DOYEN, LE PROFESSEUR DÉLÉGUÉ,
RENAUT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Juin 1912.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- H.-G. ADAMSON. — Hydroa estival à forme atténuée; ses relations avec l'hydroa vacciniforme. *British Journal of Dermatology*, 1906, p. 125.
- Hydroa æstivale in too brothers complicated with the presence of hematoporphyrin.
- M' CALL ANDERSON. — *British Journal of dermatology*, 1898, p. I. in the urin.
- AUDRY. — Leçons de Constantin. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905, page 927.
- ANTHONY. — Hydroa æstivale. *Chicago dermatological society; 1903, Journal of cutaneous and g. urinary diseases*, 1903, p. 572.
- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées, 1861.
- Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées, d'origine arthritique et dartreuse, 1868, p. 460.
- BERLINER. — Uber Hutchinson's summer prurigo und summer eruption. *Monatshefte fur Praktische Dermatologie*, 1890, p. 449 et 480.
- BOLZER et GUÉNOT. — Bulletin de la Société française de dermatologie, 1909, p. 240.
- BOECK. — Vier Falle von hydroa vacciniforme (Bazin) summer

eruption (Hutchinson) *Archiv fur Dermatologie und syphilis*, bd. XXVI, p. 23.

BONNECAZE. — Contribution à l'étude de l'hydroa vacciniforme (Bazin). Thèse Toulouse, 1906.

J.-T. BOWEN. — Hydroa vacciniforme (Bazin). Hutchinson's summer eruption, with histological examination. *Journal of cutaneous and g. urinary diseases*. Mars 1894, p. 89.

BROCQ. — De l'hydroa vacciniforme. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1894, p. 1003 et p. 1133.

H.-G. BROOKE. — *British Journal of dermatologie*, 1892.

T. BROES VAN DORT. — Ein Fall von Hutchinson's summer eruption æstivalis bullosa. *Monatshefte fur Praktische Dermatologie*, mars 1892, p. 185.

T. BURI. — Ein Fall von Hutchinson's summer eruption. *Monatshefte fur Praktische Dermatologie*, 1891, p. 181.

E. CONSTANTIN. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905, p. 927.

— *Province Médicale*, 19 mai 1906.

— Hydroa vacciniforme et summer eruption. *Journal des maladies cutanées et syphil.* 1908, XIX, p. 830.

RADCLIFFE CROCKER. — *Diseases of the skin*, 2^e édition, 1893, p. 211.

— *British Journal of dermatology*, 1900, p. 39.

DORE. — *British Journal of derm.*, 1910, p. 353. C. R. Royal society of medecine, 20 oct. 1910.

DARIER. — *Précis de dermatologie*.

DUBREUILH. — Hydroa vacciniforme in *Précis de dermatologie*, p. 198.

EDDOWES. — *British Journal of dermatology*, p. 225, juin 1902.

EHRMANN. — *Archiv fur dermat. und syphilis*, 1905, bd. LXXVII, p. 163.

— Expériences sur l'action de la lumière dans l'Hydroa vacciniforme. *Archiv fur dermat.* 1909, t. LXXVII, p. 163.

— Weitere untersuchen über Lichtwirkung bei Hydroa

- cestitialis. *Archiv fur dermatologie und syphilis*, juillet 1909, p. 75.
- COLCOTT FOX. — *British Journal of dermatology*, 1894. Notes on the meetings of the dermatological society of London from 1882 to 1894.
- *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1899, p. 587. C. R. dermatological society of London, séance du 12 oct. 1898.
- Hydroa vacciniforme, New-York dermatological society, séance du 25 mai 1909. In *Journal of cutaneous and g. urinary. diseases*, oct. 1909, p. 453.
- S. FREUND. Cont. à l'étude de la pénétrabilité physiologique de l'épiderme par la lumière. *Archiv fur Dermat. med. syph.* 1901.
- Lichtschädigungen der Haut und Lichtschutz mittel. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1912.
- GAUCHER et DRUELLE. — *Annales de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1909, page 118.
- GAUCHER. — Hydroa vacciniforme in *Précis de Médecine de Gilbert et Thoinot*, p. 36.
- J.-E. GRAHAM. — Hydroa cestivale. *Journal of cutaneous diseases*, fév. 1896, p. 41.
- GRANIER. — *Montpellier Medical*, 1894, p. 333.
- GALEWSKY. — Demonstration von Moulagen Hydroa vacciniforme. 80^e Versammlung deutsche naturforscher und Arzte. *Archiv fur Dermatology*, t. XCIV, 1909, p. 137.
- GROSS. — Hydroa vacciniforme. Verhandlung der Wiener dermatologishe gesellschaft. *Archiv fur dermatologie und syphilis*, 1910, t. CV., p. 266.
- HALLOPEAU et LEREDDE.
- HANDFORD. — Hydroa vacciniforme. *Illustrated Medical News*, oct. 1889.
- HENRIONNET. — De l'hydroa vacciniforme de Bazin. *Thèse Paris*, 1909.
- HUTCHINSON. — *Clinical Society's transactions*, vol. XXII, 1888.
- JULIANO-MOREIRA. — *British Journal of dermatology*, 1895, p. 175.

- KANOCKY. — Hydroa vacciniforme *J. Am. Ass. Chicago*, 1907.
- KREIBICH. — Uber hydroa vacciniforme und fruhjahrscatarrh.
Wiener Klinische Wochenschrift, 1907, n° 42.
- LEDERMANN. — C. R. Berliner Dermatologische Gesellschaft, séance du 7 mars 1899, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1900, p. 1248.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — C. R. Conférence de M. le professeur Brocq-Saint-Louis, in *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 oct. 1911.
- LAFITTE. — Article hydroa vacciniforme de la Pratique dermatologique de Brocq.
- MALCOM MORRIS. — Maladies de la peau, 5^e édition, 1911.
- MEJIA. — Hydroa vacciniforme. Casos de observacions de *Argentina Medica Buenos-Aires*, 1909, p. 61.
- MIBELLI. — *Giornale italiano delle malattie venere e della pelle*, 1896, fac. 6, page 690.
- F. MOLINOWSKI. — Hydroa vacciniformis. *Gazette Lekarska*, 18 février 1905.
- *Archiv. fur dermatologie und syphilis*, t. LXXVIII, p. 199.
- M. MOLLER. — Der Einfluss des Lichtes auf die Haut. (*Bibl. medic. Stuttgart*, et thèse Ikeda.
- MUCHA. — *Archiv. fur dermatologie und syphilis*, t. CIX, 1911, p. 229. C. R. Wiener dermatologische Gesellschaft.
- NICOLAS et MOUTOT. — Hydroa vacciniforme de Bazin, in *Lyon-Médical*, 20 août 1911, p. 396.
- PÉRUTZ. — Zur Etiologie der hydroa oestivalis. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1910, p. 284.
- RADAELI. — Boll. d. Clin. Ur. 10 oct. 1910.
- Beitrag zur Kenntniss der hydroa vacciniformis (Bazin). *Archiv fur dermatologie und syphilis*, t. CV, 1911, p. 298.
- RASH. — Meddelser fra Kommune hospitalets poliklinik for Hudsygdomme op veneriske sygdomme København, in *thèse Ikeda*.
- REICHEL. — Verhandl. des deutoch. dèrm. gesèls. VI Congress 1899, p. 517. in *thèse Ikeda*.

- RUPP. — Ein Fall von Hydroa aestivale vesico-bullosa. *Deutschnuletargtleche zeitschrift*, 1909, p. 3.
- SCHOLTZ. — Beitrag zur Lehre von der hydroa aestivalis. *Archiv fur dermatologie und syph.* 1907, t. LXXXV, p. 95.
- TÉRÉBENSKY. — *Archiv fur dermat. und syph.*, 1911, t. CIX, p. 533, C. R., séance assemblée russe de dermatologie.
- THIBIERGE. — Article Hydroa vacciniforme, in *Précis de Médecine de Charcot-Bouchard*.
- GONZALES TANNAGO. — Un caso de Hydroa vacciniforme (Bazin). *Siglo. Medi. Madrid*, 1894.
- VON VERESS. — Monatshefte fur Praktische dermatologie, t. XI, p. 430.
- S.-B. WARDE. — Chronic Herpes zoster or Hydroa vacciniforme. *British Journal of dermatology*, 1903, p. 298.
- *New-York Medical Journal*, 15 avril 1905, p. 742.
- VILLIAMS. — Recurrent summer eruption. — New-York Academy of Medecine, sect of Dermatology, 6 oct. 1908. *Journal of cutaneous and g. urinary diseases*, 1909, p. 128.
- WOLTERS. — Hydroa vacciniformis Bazin. *Archiv fur dermatologie und syphilis*, 1908, t. XCI, p. 409.
- J.-C. WHITE. — American dermatological Associat. Communication. *Journal of cutaneous and g. urinary diseases*, 1898, p. 514.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
Historique	11
Etiologie.....	15
Physiologie pathologique	19
Hématologie. — Urologie.	23
Anatomie pathologique.....	26
Symptomatologie.....	31
Formes cliniques.....	36
Evolution, pronostic	39
Diagnostic	42
Traitement.....	52
Observations	55
Conclusions	81
Bibliographie.....	83

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE J. JEANNIN.
